

.....
(Nazwa Wykonawcy)

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Świadczenie usług polegających na odbiorze, wywozie i unieszkodliwianiu odpadów medycznych o kodach: 18 01 03, 18 01 82, 18 01 08, 18 01 09 dla ZOL przy ul. Mehoffera 72/74, ZOL przy ul. Szubińskiej 4, ZOL przy ul. Olchy 8 oraz Medycznego Centrum Geriatrycznego Al. Wilanowska wchodzących w skład Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Spółka z o.o.

1. Przedmiot zamówienia obejmuje sukcesywny odbiór i transport wraz z załadunkiem i rozładunkiem odpadów medycznych celem ich unieszkodliwiania w zakładzie utylizacji zlokalizowanym na obszarze województwa, na którym zostały odpady wytworzone lub w miejscu najbliższym miejscu ich wytwarzania zgodnie z art. 20 ustawy o odpadach z 14 grudnia 2012 r. (Dz. U. 2019, poz. 992).
2. Kody odpadów objęte przedmiotem zamówienia: **18 01 03, 18 01 82, 18 01 08, 18 01 09** zgodnych z Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów (t.j. Dz. U. z 2020 poz.10).
3. Świadczenie usługi odbywać się będzie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa na terenie RP tj.:
 - 1) Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. 2019, poz. 701, 730 I 1403);
 - 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2017r., poz. 1975).
4. Odbiór odpadów realizowany będzie :
 - ZOL przy ul. Mehoffera 72/74: trzy razy w tygodniu
 - ZOL przy ul. Olchy 8: trzy razy w tygodniu
 - ZOL Szubińska 4: trzy razy w tygodniu
 - Medyczne Centrum Geriatryczne: Al. Wilanowska 257- częstotliwość do ustalenia (miesięcznie ok. 2 kg)
5. Wykonawca zobowiązuje się do terminowego odbioru odpadów zgodnie z wymogami BDO.
6. Odbiór odpadów medycznych będzie dokonywany transportem Wykonawcy, spełniającym wymogi do przewożenia odpadów medycznych objętych zamówieniem.
7. Zamawiający każdorazowo wystawi kartę przekazania odpadu w systemie BDO- zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wykonawca zgodnie z obowiązującymi przepisami BDO – przyjmuje i realizuje przejęcie odpadów medycznych, potwierdza odbiór odpadów oraz podaje rzeczywistą wagę.
8. Wykonawca w dniu podpisania umowy, przedstawi zaświadczenie o nadaniu numeru rejestrowego BDO w zakresie transportu odpadów.
9. Wykonawca zobowiązuje się do załadunku odpadów medycznych z miejsca ich składowania.
10. Z tytułu zmniejszenia ilości odbieranych, wywożonych i utylizowanych odpadów Zamawiający nie będzie ponosił dodatkowych kosztów.

11. Wykonawca zobowiązuje się do terminowego odbioru odpadów.
12. Wykonawca zobowiązuje się do należytego i bezpiecznego wykonania zadań będących przedmiotem umowy, zgodnie z stosownymi przepisami obowiązującymi w tym zakresie.
13. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność odszkodowawczą wobec Zamawiającego za nieprzestrzeganie przepisów BHP, p/poż oraz zaleceń jednostek kontrolujących – w zakresie świadczonych usług.
14. Wykonawca w okresie trwania umowy zobowiązany jest do posiadania aktualnych zezwoleń na przetwarzanie odpadów objętych przedmiotem zamówienia oraz wpis do rejestru o którym mowa w art.49 ustawy z 14 grudnia 2012 r o odpadach (Dz. U. 2019 poz.701) ,
15. Wszelkie uwagi dotyczące jakości świadczonej usługi przez Wykonawcę, Zamawiający będzie przekazywał w formie pisemnej, ustnej bądź elektronicznie. Uwagi odnotowywane będą w obowiązującej dokumentacji, powyższa dokumentacja będzie dowodem do naliczenia kar umownych.
16. W przypadku kiedy Wykonawca nieprawidłowo wykonuje swoją usługę np. odbiera odpady po przekroczeniu ustalonej częstotliwości odbioru odpadów medycznych, Wykonawca ponosi odpowiedzialność za nieprawidłowości wynikające z jego winy i będzie ponosił ewentualne konsekwencje prawne i finansowe wynikające z wyników pokontrolnych kontroli prowadzonej przez Państwową Inspekcję Sanitarną i inne jednostki uprawnione do kontroli Zamawiającego.
17. Wykonawca zobowiązuje się do posiadania dokumentacji potwierdzającej, że może świadczyć usługi w danym zakresie zgodnie z obowiązującymi przepisami.
18. Zamawiający zobowiązuje Wykonawcę do zapoznania się z procedurami/instrukcjami dotyczącymi segregacji, składowania, transportowania odpadów medycznych i zobowiązuje Wykonawcę do ich przestrzegania.

****Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami zawartymi w opisie przedmiotu zamówienia i akceptuję je bez zastrzeżeń***

....., dnia r.

(miejscowość)

.....

(podpis osoby
upoważnionej do składania oświadczeń
woli i imieniu
Wykonawcy) reprezentowania Wykonawcy